الفصل الأربعون

القضايا المهنية فى التسعينيات و ما بعدها
مطالب جديدة و مهارات جديدة

Professional issues in the 1990s and beyond
New demands, new skills

Catherine Dooley كاثرين دولى

الفصل الاربعون

القضايا المهنية فى التسعينيات وما بعدها

مطالب جديدة، ومهارات جديدة

كاثرين دولى Catherine Dooley

مقدمه : ما القضايا المهنية؟

ما المقصود بالقضايا المهنية؟ ما فحوى الموضوع الذى يتضمنه هذا التعبير؟ يحتاج هذا الأمر للإيضاح ، قبل استكشاف تلك القضايا المتعلقة بعلم النفس الأكلينيكى للراشدين بطريقة ملائمة.

تعريف المـــهنة

تستخدم كلمة مهنى فى هذه الأيام بصورة واسعة ، للإشارة إلى أى شخص صادق وموثوق فيه. وعلى الرغم من ذلك فهناك فروق واضحة من حيث الخبرة، والسلطة، والأهمية الاجتماعية، والاستقلالية، وذاتية الإدارة، والالتزام والمكافأة (Windt et al., 1991) تحدد من هو المهنى الحقيقى.

وهناك اتفاق عام على أن الاعتراف بالمهن ينبع أساسًا من النماذج الثلاثة : الطب، والقانون، والأكليريوس. وتقتفي المهن التالية عليها عمليات اكتساب التخصص ذاتها ، من خلال تطوير مهارات فنية وخبرات. و على الرغم من ذلك فإن ضمان وضع مهنى معين يتطلب خطوات إضافية جوهرية، إذ يتعين أن تكون الخبرة فريدة فى نوعها بالنسبة للمهنة، وأن يكون هناك تدريب نظامى، وأن تكون هناك معايير واضحة للسلوك تحمى الجمهور العام.

واقتباساً من داير Dyer:

للتبسيط يمكننا القول أن المهنة تعّرف بالآتى :

أ) المعرفة الخاصة بها، والأساليب، والخبرات.

أو

ب) قيمها ومعاييرها الأخلاقية.

ويعتبر داير أن التدريب هو الوسيلة التى تتطور بها الخبرة والمعايير ، وليس باعتباره عاملاً منفصلاً. وسنلتزم بهذا الفرض على امتداد هذا الفصل.

إعادة النظر فى القضايا المهنية

يتطلب العمل الذى تم لتعديل الاختبارات الخاصة بدرجة الدبلوم فى علم النفس الأكلينيكى بجمعية علم النفس البريطانية (Powell et al., 1993) مراجعة وتصنيف منهج الدراسة الخاص

بالقضايا المهنية. وقد حُددت ثلاثة مجالات رئيسية لتصنيف الموضوعات المعينة ، التى سيتضمنها هذا ، المنهج وهى :

- المهنة وسياقها.
- الأفراد والخبرة المهنية.
- القضايا الاخلاقية

وعلى النقيض من التعريف المبكر للمهنة، كان من الواضح عند التفكير فى ما تتضمنه القضايا المهنية فى التسعينيات وما بعدها، انه لا يمكن استبعاد السياق التنظيمى ، الذى يعمل الأخصائيون النفسيون الإكلينيكون فى إطاره ؛ إذ يحتاج الأخصائى النفسى الكفء لفهم دور ووظيفة خدمات الصحة الوطنية، والخدمات الاجتماعية، ودور الوكالات الخاصة والهيئات التطوعية، والقطاع القانونى... إلخ.

القضايا المهنية فى علم النفس الأكلينيكي

يبدو من المهم التفكير فى سبب تركيز تعريف المهنة جوهريًا على العمل الداخلى فيها ، بينما يرتبط مجال القضايا المهنية بالعالم الخارجى الذى يعمل فيه المهنى. والإجابة هى أن كل المهنيين الأوائل، والكثيرون ممن جاءوا بعدهم ، كانوا يعملون مستقلين ، وبالتالى لم يكن مطلوبًا منهم وضع الاعتبارات المجتمعية فى الحسبان. والواقع أن إحدى وجهات النظر هى أن المهنى الحقيقى لا يمكن توظيفه مقابل أجر، إذ أن ذلك يضعف من ولاءه الأساسى للعميل . (Toren, 1972)

ومن المفترض أن هذه هى بالضبط نقطة التحول فى موقف المهن المسئولة عن هذه القضايا المهنية، التى يصارع فيها الأخصائيون النفسيون الآن، - أي مع بقية المهن الأخرى- فى إطار الخدمات الصحية ، أو خارج هذا الإطار، وعلم النفس الأكلينيكى فى مرحلة انتقال في الوقت الراهن من كونه هو المحدد لتعريفه أساسًا ، و من كونه مهنة تراقب ممارساتها بنفسها إلى مرحلة تتطلب تسويق مهاراته فى صلتها بالمتطلبات الاجتماعية الداخلية وأن يفسر علانية ما يقوم به من عمل.

وسيقدم بقية الفصل هذا الموضوع فى صلته بكل من الانشغالات الحالية فى المهنة، والبيئة المتغيرة التى يرتبط بها، وسيتم تعريف بعض الموضوعات المحورية، وستُقترح بعض الاتجاهات المكنة.

القضايا المعاصرة فى علم النفس الأكلينيكى

المآزق الداخلية فى المهنة

مجالات العمل الجديدة

أولى الخصائص و اكثرها إثارة للانتباه فى مجال العمل فى علم النفس بين الراشدين ، هى المطالب المتزايدة على الخدمات النفسية فى الكثير من مجالات العمل الجديدة. وقد ظهرت أشكال جديدة من الاضطرابات النفسية فى الأعوام الأخيرة ، مثل : مشكلات نقص المناعة(١) وفيروسها(٢)، ومشكلات تم تحديدها باعتبارها تتطلب تدخلاً متخصصًا ، مثال ذلك علاج آثار الانتهاك الجنسى لدى الراشدين ،

(1) AIDS.
(2) HIV.

عندما كانوا أطفالا (Cahill et al., 1991). بالإضافة إلى التطورات الجديدة فى مجال الممارسة، مثال ذلك مجال الرعاية الصحية الأولية والصحة النفسية.

وقد أصبحت الاختيارات متعددة وشديدة الاتساع فى مجال العمل النفسى، بينما ظلت الموارد محدودة للغاية. ويوضح تقرير مجموعة تخطيط القوى العاملة والاستشارات ، الذى أصدرته اللجنة التى شكلتها الإدارة الصحية لمراجعة الخدمات النفسية فى المملكة المتحدة (Manpower Planning and Advisory Group, 1990) أنه عند النظر فى عدد الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين (فى كل التخصصات) يتضح أن ٢٥ فى المئة من المناطق بها أربعة أو أقل، ٥٠ فى المئة بها سبعة أو أقل، ٧٥ فى المئة بها ١١ أو أقل. ويوضح ذلك أن فكرة مجالات التخصص التى سبق عرضها فى عام ١٩٧٧ (Trethowan, 1977) و تم صقلها وتوسيعها فى تقرير إدارة الخدمات الاستشارية (١٩٨٩) فكره غير مطبقه ، فى أى المناطق باستثناء أقلية من إدارات الأقاليم ، التى أنشئت فى الوقت الحاضر.

قوائم الانتظار

قد تصبح نتيجة ذلك قوائم انتظار طويلة، مع انتظار عديد من العملاء لعده شهور : و نتجه ٤٤٫٢ فى المئة من الإحالات إلى أقسام ، يكون الانتظار فيها لأكثر من ستة أشهر، وينتظر ١٥ فى المئة لمدة عام؛ حتى يمكن رؤيتهم (Division News, 1993). وقد قدمت عده مقترحات خيالية للتعامل مع هذه المشكلة ، تتضمن العلاج الجماعى، وتصفيه الأفراد والمجموعات قبل العلاج، ووضع نُظم حصصية للإحالات، واستخدام نماذج للعلاج القصير، وتشجيع سياسة العمل الحر لتشجيع موارد أخرى (وهي مقترحات ملخصة فى : Jacobson, 1993). و يصف وايت White (1992) استخدام العروض المحلية والمحاضرات العامة ، بهدف تشجيع الصحة النفسية.

وقد طور نموذج اثنين – زائد – واحد بأفضل صورة، ويدعُى أنه اشتق من البحوث ، التى أجريت حول هذه الجوانب الخاصة بالعملية العلاجية ، التى تعزز فعالية العلاج المختصر (Barkham and Shapiro, 1989) وقد تعرض هذا النموذج للنقد بوصفه نموذجًا لتقديم الخدمة بمنطق توفير الموارد، وليس بوصفه نموذجًا للعلاج يهدف لتعزيز المنفعة. ويتعين الأعتراف أن أفضل تعامل مع مشكلة قوائم الانتظار لن يكون فى أفضل الأحوال إلا مُسكنً للمشكلة الكامنة، وسيكون من المطلوب التوصل إلى حل على المدى البعيد.

صعوبات التجنيد

يضاف إلى ذلك أن مشكلات تجنيد أفراد جدد، والتى كانت قاصرة من قبل على خدمات تعاطى المخدرات، والخدمة الشرعية، وخدمات المسنين ، وحيث تصل معدلات الوظائف الشاغرة إلى ما يتراوح بين ٢٠–٣٠ فى المئة (Manpower Planning and Advisory Group, 1990) مشكلات شائعة، وتمتد الآن إلى التخصصات العامة للراشدين ، و تشير أرقام مجموعة التخطيط للقوى العاملة والاستشارات إلي نسبة خلو فى الوظائف الخاصة بالصحة العقلية للراشدين فى بيانات عام ١٩٨٩، تصل إلى ١٧ فى المئة (المرجع نفسه ص ٤٩ جدول ٣).

وتشير المسوح المحلية التى أجريت فى فترة أحدث إلى أن هذه النسبة فى تزايد الآن. وقد تعامل الأخصائيون النفسيون فى التخصصات الأقل شعبية، وحيث دائما ما تكون الموارد النفسية محدودة، مع المشكلات المزمنة للعمالة، وعدم توازن مستويات فريق العمل، من خلال تقديم الخبرة النفسية الأكلينيكية

والخدمات بطرق غير مباشرة : من خلال الاستشارات، وتدريب العاملين، والعمل على تطوير الخدمة (Kat, 1991).

وقد يحتاج الأخصائيون النفسيون الذين يعملون مع العملاء الراشدين إلى التفكير الآن فى تعديل طريقة عملهم، إذا كانوا يرغبون فى الحفاظ على مشاركتهم فى مجال عريض من التخصصات الأكلينيكية، دون أن تغرقهم إحالات العملاء إليهم. ويوجد شعور عام أن هناك مقاومة لمثل هذا التغيير الأساسى فى العمل، والذى سيناقش فيما بعد. و على الرغم من ذلك، فإن الإجابة الواضحة على هذه الصعوبات هى العمل على زيادة أعداد المتدربين فى المهنة فى المملكة المتحدة ، من خلال زيادة مواقع التدريب.

معوقات التدريب

بينما يحدد تقرير مجموعة التخطيط للقوى العاملة والاستشارات الحاجة إلى التدريب، إلا أن الأحداث المتعلقة بإعادة تشكيل خدمات الصحة الوطنية فى عام ١٩٩١ تجاوزته لسوء الحظ. فتفسير ورقة العمل العاشرة (Department of Health, 1989) يوضح استبعاد أية آلية للتخطيط المركزى لزيادة مواقع التدريب ، وأصبح التدريب الآن بوضوح التزام اقليمى يرتبط مباشرة بمتطلبات العمالة فى المشروعات (Richardson, 1992) ، وبالتالى فإن أولئك الذين يقومون بتشغيل الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين - بطريقة مباشرة أو غير مباشرة- هم الذين سيحددون عدد من يدخلون إلى المهنة فى المستقبل القريب ، وبالتالى فهم فى حاجة لأن يكونوا قادرين على عرض قضيتهم بشكل واضح وغير ملتبس ؛ لكى يعينوا أخصائيين نفسيين أكلينيكيين.

العمل فى المجتمع وفرق العمل.

هناك أيضا ابتعاد عن الأساليب التقليديه لتلقى الخدمات النفسية فى العيادات الخارجية ، أو فى الأقسام المركزية لعلم النفس، وحيث يأتى العميل لمقابلة الأخصائى النفسى لاحتياج محدد، و يتلقي علاجاً مباشراً وفرديا لفتره غير محدودة. فقد حولت الرعاية المجتمعية التى بدأت فى الثمانينات عدداً أكبر من الأخصائيين النفسيين إلى المواقف المجتمعية، ليكونوا غالباً جزءاً من الفريق المجتمعى للصحة العقلية. ولهذا الأمر دلالات تتعلق بنموذج العمل والوسائل ، التى يمكن من خلالها تعزيز الصحة النفسية (Bender, 1976) ، والتى يتوافق أغلبها تماماً مع أهداف ومبادئ الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين.

و على الرغم من ذلك، فهناك انشغال جوهرى يتعلق بطريقة تقديم الخدمة، وبكفاءة وفعالية فريق العمل على وجه الخصوص. ويحدد تريبكا ومارش Trepka and Marsh (1990) انشغالات الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين بالأمور المتعلقة بكل من الدور والحماية القانونية، والتمايز، ووضع الخبرة الخاصة بالأخصائيين الأكلينيكين. وقد رأى بيلجرم وتريشر Pilgrim and Treacher (1992) أن هذه الانشغالات ترجع جزئياً إلى عدم وضوح الدور ، وتسيبه بدلاً من تخصصيته ، الذى كان قد أصبح يسم الممارسة فى المواقف المجتمعية والذى جعل الأخصائيين النفسيين يشعرون أنهم مستهدفون لنقص الحماية القانونية ، مقارنة بالمهنيين الأخرين مثل الأطباء والمرضين والأخصائيين الاجتماعيين.

المنافسة

لاشك فى أن مهنة علم النفس الأكلينيكى شعرت أنها تستطيع أن تسترخى ، مطمئنة للثقة فى فعاليتها ، عندما كانت هناك دلائل متزايدة فى وقت ما على قيمة الخبرة فى علم النفس الأكلينيكى، والتدخلات العلاجية، كما وصفت تحديداً فى التراث البحثى، وقدمت بشكل عام فى واتس Watts (1990)،

واذا بالمرء يجد فى الوقت نفسه انتشاراً لمعالجين آخرين يدعّى كل منهم أنه لديه المستوى نفسه من الخبرة. فممرضى الطب النفسى يمكنهم أن يقدموا بشكل سطحى ما يبدو على أنه هو تماماً مجموعة العلاجات التى تقدمها الاقسام النفسية.

وقد يصنف الإرشادالنفسى أو لا يصنف فى مجال عمل الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين، بناءً على وجهه النظر التى يقبلها المرء، وبالتالى يتعين اقتراح مهنة منفصلة لأخصائى الصحة النفسية (Bennet and wright, 1992)

جوهر المهنة

لا تؤدى هذه العناصر المختلفة إلى جعل المهنة على ثقة من نفسها فيما يختص بخبرتها ودورها. وليس هذا الأمر بالجديد، فقد أوضحه بيلجرم وتريشر Pilgrim and Treacher (1992) فى مراجعتهما لتاريخ المهنة. ويوصي موتراي Mowbray فى تقرير إدارة الخدمات الاستشارية (١) Mas (1989) أن تعمل المهنة على توضيح جوهر خبرتها، واستجابة لذلك ، قام قسم علم النفس الأكلينيكى فى جمعية علم النفس البريطانية ، بإصدار بيان بعنوان « جوهر هدف وفلسفة المهنة »(BPS/DCP, 1992)، كما أوضح الأمر بالمثل التحليل الحالى ، الذى قدمه المجلس الوطنى للمؤهلات المهنية ، بالمشاركة مع جمعية علم النفس البريطانية.

السياق المتغير فى عمل علم النفس الأكلينيكى

لم تكن خدمات الصحة النفسية فى حالة مستقرة على الإطلاق منذ بدئها، غير أن التغيرات المنتظمة التى حدثت فيها على وجه العموم ، استهدفت على نطاق واسع الطريقة التى تنتظم بها الخدمات، أو الطريقة التى تقدم بها. و على الرغم من ذلك، فإن إصلاحاتها فى عام ١٩٩١ استهدفت هيكل الخدمات الصحية الوطنية ذاته ، متضمنه خصائص تتراوح بين العمل فى القطاع الخاص وحتى الخدمات العامة. ومازالت الأثار الكاملة لإعادة التشكيل هذه غير واضحة حتى الآن، ولا يحتمل أن تصبح واضحة فى المستقبل القريب.

و على الرغم من ذلك، فإن أحد الأمور الواضحة هى : أن الطريقة التى نظمت بها الخدمات النفسية من الداخل، ونظمت بها علاقاتها بالقطاعات المختلفة ستختلف بشكل متزايد، فأنواع الخدمات النفسية الأكلينيكية ستقدم على أسس فردية بقدر أكبر بناء على الأوضاع المحلية.

نتيجة لهذين السببين – أن الاصلاح لم يطبق كلية، واحتمال أن الخدمات النفسية أصبحت متباينة بقدر أكبر – يبدو من الملائم بقدر أكبر أن ننطلق مع الموضوعات السياسية والفلسفية ، التى تقف خلف هذه التغيرات لعرض تأثيراتها على الخدمات النفسية. ويتعيين أن يتضح مما يلى أن التغيرات الجوهرية أكثر ميلاً على العموم لأن تكون دائمة، وأنه يبدو أنها تعكس إعادة تعريف كل من أهداف خدمات الصحة العامة، والطرق التى ستوفر بها الموارد.

(1) Management Advisory Service.

المناصفة بين المشترى والمورد

أولى التغييرات الأساسية وأكثرها وضوحًا فى جوهر إصلاحات عام ١٩٩١ ، ذلك التقسيم بين المشترى ومورد الخدمة. ووفق ذلك تكون الإدارات الصحية هى الآن مشترية الخدمات الصحية من الوحدات الموردة. وقد نتج عن ذلك عدد من الاختيارات المتعلقة بتنظيم أقسام الخدمة النفسية (فى الاتحادات، وفى الوحدات ذات الإدارة المباشرة، وفى الإدارات الأكلينيكية المستقلة فى إطار مهن أخرى، أو بالمشاركة مع هذه المهن، وفى الوكالات التجارية) ، وقد فتح ذلك المجال أمام الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين لبيع الخدمات خارج الجهات الأساسية ، التى توظفهم – إلى هيئات الرعاية الاجتماعية، وإلى المستخدمين فى القطاع الصحى الخاص ، أو حتى فى الصناعة.

اللامركزية

أساسًا، كانت الهيئة المشترية الرئيسية هى السلطة الصحية الإقليمية، والتى يمكن أن تقرر احتياجات المنطقة الصحية، وتتعاقد بالتالى مع إدارات المستشفيات ، وتدبر مباشرة احتياجات الوحدات لهذه الخدمات. و على الرغم من ذلك فإن توفر التمويلات هو الذى يهيمن على هذه الممارسات، والذى يُرشد بوسائل محدودة للغاية، وأصبحت متزايدة الآن (Department of Health, 1992 b) . وفى ضوء الدلالات ، التى تقف خلف رغبة الحكومة فى تحويل القرارات الخاصة باستخدام الموارد من سلطة المناطق إلى مستوى الرعاية الصحية الأولية، تزايد بالتالى تعاقد هذه الإدارات على توفير الخدمات النفسية للمارسين العموميين على وجه التحديد، والذين يشترون مباشرة مثل هذه الخدمات، ولديهم مطالب شديدة التحديد والوضوح.

ويتضمن هذا الجانب من الإصلاحات صعوبات وإمكانات. و على الرغم من ذلك، كانت النتائج الفورية وجود عقود رسمية الآن بين الإدارات ومشترى الخدمة، كما تقوم هذه الادارات بمراقبة تقديم الخدمات عن قرب، وانفتح الباب أمام المنافسة، أساسًا من سائر الادارات النفسية الأخرى، ومن المؤكد أيضًا المنافسة من جانب المعالجين الآخرين ، الذين يستطيعون تقديم خدمات أكلينيكية مشابهة.

التسويق

إحدى الطرق المفيدة للتفكير فى دلالات الخدمات العلاجية هى أن نضع فى اعتبارنا فكرة التسويق (١) ، ولا يتعين أن يتضمن هذا المنحى تخطيط الخدمات وتقديمها ، فقط على أساس التكلفة وعلى حساب الجودة، أو تقديم الخدمات على أسس تجارية ، من خلال صور زائفة وبراقة.

ويتطلب التسويق – من وجهة النظر الفنية – بحوثًا تسعى تعرف أنسب القطاعات التسويقية، وتكشف عن الأولويات، وعن احتياجات العملاء المتوقعين، وتضع فى الاعتبار الوسائل والأساليب ، التى تؤدى إلى الاستجابة لهم. وهى تستلزم تواصلا وحواراً ، يساعد من خلاله المورد المشترين المحتملين فى تعرف البدائل والمناحى ، التى يمكن أن تفى باحتياجاتهم. وهو يتطلب فوق كل ذلك التعامل مع الزبائن بشكل جاد، سواء وافق المرء على أولوياتهم أم لم يوافق. ويتضمن هذا الأمر تغيراً جوهرياً بالنسبة لكل المهنيين والدلالات التى تستخلص من ذلك، هى أنه إذا رغب الممارسون العموميون فى خدمات على أسس محلية ، من خلال تدوير سريع ونشط للمرضى، فيتعين على الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين أن يضعوا

(1) Marketing

ذلك فى اعتبارهم فى الخدمات التى يقدمونها. وإذا رغب مديرو الخدمات الصحية أن يعمل الأخصائيون النفسيون مع المرضى المقيمين لفترات طويلة فى أجنحة الحالات الحادة، فعلى الأقسام النفسية أن تكون قادرة على الاستجابة. ويتعين أن تنعكس المتطلبات المختلفه لهذين المشتريين المختلفين على نوعين من التعاقدات. يميل أحدهما بقدر أكبر إلى الصلة المباشرة مع العميل، وتحديد حجم العمل، ويميل الثانى إلى التركيز أكثر على الصلات غير المباشرة، كالإشراف على فريق، والتدريب، أو العمل مع فريق.

ولا يؤدى هذا التغيير إلى استبعاد المعايير المهنية والنصح حول أفضل الخدمات ملاءمة : ومن الواضح أن أداء الأقسام قد يتدهور إلى مستوى ضعيف من العمل الذى يُشعر العاملين أنه موجه بطريقة سيئة. و على الرغم من ذلك ، فلدى العميل الاختيار لأن يتجه إلى مكان آخر.

ويستطيع المرء أن يلاحظ من الأمثلة التى قدمت فى الفقرة السابقة مقدار ما أصبح عليه التنوع فى الخدمات النفسية. وسيكون الأخصائيون النفسيون مطالبين بالعمل فى مجالات مختلفة، وبطرق مختلفة، اعتماداً على العقود المحلية.

المسئولية

يلى ذلك أن كل الأعمال الخاصة بالخدمات الصحية الوطنية تدخل بدرجة أكبر في نطاق المسئولية، وتقع فى نطاق الفحص الخارجى، وبالتالى أصبحت عرضة للنقد بطريقة ، لم يسبق حدوثها من قبل على الإطلاق. وقد نتج ذلك عن الحاجة لمراقبة استخدام الموارد فى مجال الخدمات الصحية الوطنية، وتعد خدمات الصحة الوطنية ككل إحدى أكبر البيروقراطيات فى أوربا، واحد أكبر المشغلين للعمالة فى العالم. وتاريخ الخدمات الصحية الوطنية ، هو بأوسع المعانى تاريخ محاولات السيطرة والإدارة لموارد ضخمة، بطريقة تؤدى إلى توفير أفضل للرعاية الصحية للأمة.

وقد نتجت بالتالى متطلبات ، أصبحت مألوفة الآن لكل الأخصائيين النفسيين ، ويعود كورنرKörner لوصف وتكميم الأعمال التى يقوم بها الأخصائيون النفسيون في الآتي :

مستوى جودة الاستراتيجيات التى تتطلب إيضاح الأهداف، و طرق التنظيم ، وتوفير الخدمات النفسية الأكلينيكية، و تقييم الأداء الأكلينيكى – وهى آلية تسمح بمراجعة وتحليل عمليات تقديم الخدمات للعميل ... هل أدت الخدمة إلى فروق؟هل تستحق الجهد الذى بذل فيها؟ هل المعلومات ذات معنى وذات علاقة؟

و بالمثل أصبح تطور مواصفات الخدمة فى إطار التعاقدات الرسمية يتطلب الآن ، تحديد حجم العمل (أى عدد الجلسات فى الأسبوع)، والطريقة التى يجرى بها العمل (عمل مباشر أو غير مباشر مع العميل، الخ) ومقاييس النتائج، مثل : عدد الإحالات الجديدة، عدد الجلسات العلاجية .. إلخ. و على الرغم من أنه يتعين فى الكثير من الحالات أن يقابل ذلك بكل ترحيب ؛ حيث سيؤدى إلى تقديم خدمة أكثر وضوحاً وكفاءة، إلا أن هناك قلقًا شديداً من أن يؤدى فقدان الاستقلال المهنى إلى انخفاض كفاءة العمل، إذا أصر المشترون على نمط معين لتقديم الخدمة لا يكون ملائماً. و على الرغم من ذلك. فما زال هذا الوضع متبع رسميا حتى الآن، على الأقل مع كل المهن الأخرى بطريقة نظامية وشاملة ، بما يسمح بالحوار حوله، وحول الأولويات والوسائل التى يتعين الأخذ بها ، وسيتم وصف التطورات الحديثة فى مجال المهنة فى هذا القطاع فيما بعد.

أهداف الرعاية الصحية

و على الرغم من ذلك، فهناك أكثر من تغير أساسى ، يتعلق بأسس وأهداف الخدمات الصحية، فى كل من المملكة المتحدة والعالم الغربى.

فقد تزايدت خيبة الأمل خلال السبعينيات فى الشكل القائم للخدمات (Kelin, 1983)، خيبة أمل فى إمكانات العلوم (الطبية) فى توفير الحلول الفنية للوقاية من الأمراض أوشفائها. وهناك أهتمام متزايد الآن، لا بالعمل الوقائى فقط، بل بالتوصل وبطرق حاسمة إلى خدمات صحية فعالة. ويتلخص ذلك فى الاصدار الحديث لمجلة صحة الأمه (١) (Department of Health, 1992c) ، والتى أوضحت أهداف خفض مؤشرات مجال عريض من الأضطرابات الجسمية وخفض انتشارها، بالإضافة إلى بعض المشكلات الأخرى ، المتعلقة بالصحة العقلية بطريقة تبعث الأمل (BPS, 1992)

التمرد على المهنية

كان لذلك دلالات جوهرية على الوضع الخاص بالممارسات المهنية ، ويتتبع كلين (1983) Klein التغيرات السياسية المتعلقة بخدمات الصحة الوطنية، ويحدد الاتجاهات المتعلقة بها منذ السبعينيات – والتى اتخذت صورة التمرد ضد قيم الخبرة والاهتمام المتزايد بالمشاركة الديمقراطية، ويشير بلجرام وتريشر (1992) Pilgrim and Treacher أيضا لهذه الاتجاهات ، والتى اتجهت أساسًا إلى مهن الطب والتمريض، ثم اكتسحت أيضًا الكثير من المهن الأخرى فى طريقها. وقد تبدى تأثير هذا التغير فى تشريعات مثل قانون توفير المعلومات (١٩٩١) ، والذى أصبحت المهن لا تستطيع بمقتضاه إدعاء القوة السحرية (أو حيازة) المهارات الفنية باعتبارها أساسًا لوضعها، بل أصبحت فى حاجة لتقديم خبراتها بطريقة واضحة ومفهومة للعملاء والمستخدمين، وأصبح يتعين عليها أن تكون على استعداد لدعوتها لتفسير أعمالها وقراراتها فى مضمار الصراع العام.

نماذج تقديم الخدمة

ستناقش المطالب المتغيرة من المهنيين تفصيلا فيما يلى، غير أنه يبدو من المفيد أولاً الكشف عن التغيرات فى أسس خدمات الرعاية الصحية ، التى تقف خلف الاستراتيجية. وقد صاغها ستاسى Stcey (1977) ، كما وصفت فى هام (1993) Ham كالآتى :

يمكن النظر إلى نموذج تقديم الخدمة على أنه يقوم على ثلاثة اعتبارات متوازنة ،هى :

- التوجه نحو الفرد فى مقابل الصحة العامة .
- التركيز على الكفاءة الوظيفية مقابل الرفاهية .
- الهدف العلاجى مقابل الوقائى.

ويدور جدال هام Ham حول أن الخدمات الصحية الوطنية تأسست وعملت لهدف علاجى، يركز على الكفاءة الوظيفية للأفراد، وأنها الآن قد تغيرت لأن تكون توجهًا ، يبدو أنه يحافظ على الحالة الصحية العامة لكل السكان ، ويطورها مع تركيز متزايد على الوقاية.

(1) The Health of the Nation.

وبينما تميل الكتابات لاستخدام المصطلحات الطبية، إلا أن المرء يستطيع أن يتبين أن تغيراً مماثلاً يقبل التطبيق فى مجال خدمات الصحة العقلية. ويتعلق بالتالى بعلم نفس الراشدين الأكلينيكى. وأحد أكثر القضايا ، التى تترتب على هذا التغير أهمية فى التوجهات الحالية هى الأولوية المقررة حاليًا لجودة توصيل الخدمات الصحية، على امتداد كل المجموعات الاجتماعية والعرقية و الاقليات الحضارية. وقد وجه النقد إلى خدمات الصحة العقلية لضعف خدماتها للنساء،(Clinical Psychology Forum, 1989) وللأقليات العرقية على وجه الخصوص (Littlewood and Rack, 1991). وهو نقد لا يقوم على نمط الإحالة وتقديم الخدمات فقط، ولكنه يمتد إلى الطريقة التى يعكس بها التشخيص التنميط الحضارى والجنسى. وقد فحص هذا الأمر فى مجال الخدمات النفسية الأكلينيكية، وحيث ذكر تقرير مسحى لإدارات المناطق (Goodwin and Power, 1986) عدداً من الأسباب الخاصة بصعوبات توفير الخدمة لعملاء من مجموعات الأقليات العرقية ، ومن بين هذه الأسباب اللغة. ويشعر علاء الدين Alladin (1986) أن هناك قضايا جوهرية أكبر ، مستشهداً فى ذلك بالغيبيات المتغلغلة حول نماذج الممارسة الأكلينيكية المستخدمة ، والعلاقة بين العرقية واحتياجات الصحة النفسية.

إلى أين يتجه علم النفس الأكلينيكى.

على الرغم من أن علماء النفس الأكلينيكيين يمكنهم عند مستوى ما الشعور بالراحة تماماً للتقدم الحالى، طالما أن المهنة ترحب بهذه التغيرات فى الفلسفة، إلا أنه يبدو أنهم ما زالوا فى حاجة إلى اختبار القيم والفروض القائمة خلف عملهم فى المستوى الأساسى له ، وذلك لإحداث تأثير هيكلى فى تقديم الخدمات النفسية.

ولتأكيد هذا الأمر ، سنقدم اقتباساً مطولاً من فصل المقدمة، الذى كتبه ديفيد هوكس David Hawks لكتاب ماكفرسون وساتون Mc Pherson and Sutton (1981) إعادة تشكيل الممارسات النفسيةُ(١) :

خلاصة

نُوقش فى هذا الفصل أن الندرة النسبية فى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين تكون مشكلة فقط،عندما تفهم الممارسات النفسية الأكلينيكية باعتبارها علاقة علاجية من نمط واحد - إلى - واحد. فإذا قيل أن الأخصائيين النفسيين لا يمكنهم على الإطلاق تقديم مثل هذه الخدمة، و التساؤل عما إذا كانوا حتى يحاولون ذلك. وبدلا من طلب الكثير والكثير من الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين، قدمت الاعتبارات التى تسمح بإعادة تعريف المهام الأكلينيكية والدلالات الجذرية لذلك على الفرد ، وعلى الممارسات المشتركة لعلم النفس الإكلينيكى ، التى يمكن أن تظهر.

وعند مقابلة المرضى الأفراد، إذا قوبلوا ، فيجب أن يكون ذلك بهدف تطوير المهارات التشخيصية والعلاجية بقصد توفيرها، وبهدف إظهار الأعمال الأكثر عمومية فى المرض النفسى.

و على الرغم من ذلك، فإن الاستمرار فى مقابلة مرضى أفراد على وجه الحصر، لا يعد فقط تأييداً لنشاط تمييزى، بل من الواضح أيضا أنه أمر غير عملى فى ضوء انتشار الأضطرابات النفسية. كما أن الممارسات النفسية الأكلينيكية ليست وحدها التى تستلزم فحصها فى ضوء هذه المقدمات ؛ إذ

(1) Reconstructing psychological practice

يبدو أن الكثير من الممارسات النفسية الأكلينيكية المشتركة لا تعكس أية اعتبارات متعلقة بالأولويات سواء الخاصة بالاحتياجات أو الكفاءة، ولكنها تعكس بالأحرى توقعات بقية المهن الأخرى، والتفضيلات الخاصة لدى الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين ...... ويبدو أن ما اقتضى ذلك هو اعتبارات المساهمة بقدر أكبر كثيرا فى «الأهــداف، والتركيز الأكثر على ندرة الموارد، وتقــديم رؤية عامة لقدر من النجاح المتواضع على الأقل. (Hawks, 1981 : 21)

ويؤرخ هذا الذى كتب فى عام ١٩٨١ لأغلب التغيرات الجوهرية ، التى تم حصرها فى خدمات الصحة الوطنية. وبالتالى فيحتمل أنه صحيح اليوم أيضاً، كما كان صحيحاً منذ عشر سنوات، فى مجال علم نفس الراشدين على وجه الخصوص ، ولا يعنى ذلك القول بأنه لم تحدث تغيرات، أو أنه لا يوجد الكثير من الأمثلة على الممارسة الجيدة ، التى تقدم الابتكارات والطرق المفيدة لتوفير خدمات فعالة. و على الرغم من ذلك يبدو أن المهنة لم تحدث بعد تكاملا بين التغيرات فى جوهر نماذجها للعمل ومهارات ممارساتها. وينازع بقية هذا الفصل فى أن هناك عوائق كبيره أمام إعادة البناء هذه، والتى ستظل محبطة لمحاولات التنقيح الجذرية لوظيفة علم نفس الكبار الأكلينيكى ، حتي يمكن ايجاد حلول لها. ومن الضرورى العودة لمحكى المهنة لكى يمكن فحص هذا الأمر.

جوهر الخبرة - الحاجة للتوسع والعمق

يشير هوكس (1981) Hawks فى الاقتباس السابق إلى الطريقة التى تشكلت بها الممارسات النفسية الأكلينيكية ، من حيث قيامها على تقديم الخدمة بأسلوب واحد - إلى - واحد العلاجى. وكان هذا هو التقليد الأكبر فى العمل فى مجال الصحة العقلية للراشدين ، أكثر منه فى أى مجال آخر، مثل صعوبات التعلم أو حتى العمل مع الأطفال ، وهو مجال يعمل فيه الأخصائيون النفسيون بشكل غير مباشر، لأسباب عديدة، مع مقدمى الرعاية. وفى دراسة مسحية لكل أعضاء جمعية علم النفس الأكلينيكى البريطانية (يفترض أنهم من كل التخصصات) وجد نوركروس وزملاؤه (1992) Norcross et al. أن ٦ فى المئة فقط من الأخصائيين النفسيين ، لديهم توجهات غير فردية بصورة واضحة (أسرة/نظم)، يمكن بالإضافة إلى ذلك - وباستخدام الارقام التى قدموها - أن تصل النسبة إلى ٢٦ فى المئة عند حساب الأخصائيين النفسيين ، الذين يتعاملون مع المجموعات والازواج والعلاج الأسرى، وذلك مقابل ٧٤ فى المئة يعملون فى العلاج الفردى.

وهناك عدد من الجذور لمثل هذا الوضع : الأول أنه يعبر عن النموذج الذى سبق وصفه، فى علاقته بالطب الغربى ككل حتى وقت قريب، وببقية المهن فى مجال الخدمات الصحية على وجه العموم، وقد تبنى علم النفس الأكلينيكى المنحي العلاجى الفردى ، بمعنى مساعدة العميل على تغيير معتقداته وسلوكه المضطربين ، و الثانى، أن هناك دلائل على أن علم النفس يرتبط بالمسلمات الحضارية للمجتمع المعين ويعكسها. فنماذج العلاج شائعة الاستخدام فى الحضارة الغربية ، تميل إلى التركيز على حاجات الفرد، وتحقيقه لذاته، وحقه فى استخدام خبراته بطريقته الخاصة ، وأن يكتشف المعانى الخاصة به من خلال كل ذلك. ويذكر هو (1985) Ho أن هناك أسساً أيديولوجية تقف خلف علم النفس الأكلينيكى فى الغرب يمكن تتبعها، جزئيًا على الأقل ، من حيث تكريسها للفردية. وقد تتناقض الاعتبارات الغربية مع العلاج الفردى فى اليابان، وحيث الهدف مختلف تماماً : وهو التقليل من قدر الأنا، والتضخيم من قدر الآخرين فى المحل الأول، وأن الاداء الفعال لا يكون من خلال الارتقاء الذاتى، بل من خلال الحفاظ على العلاقات المتناغمة التى تقوم على قبول التزامات الآخرين (Non and Lewis, 1992) الثالث ؛ منطلق آخر مستمد من

الجذور التاريخية لعلم النفس ، وحيث يرسم بيلجرم و تريشر Pilgrim and Treacher خريطة التطور فى علم النفس ويحددان سيطرة الفلسفة الامبيريقية (١) والتى تضع المنهجية فى المكان الأول ، وأسبق من النظرية، وبما يؤدى إلى النفور من بناء النظم النظرية (Pilgrim and Treacher, 1992 : 32 - 33) ويلقون الضوء بعد ذلك فى كتابهم على الطريقة ، التى أثر بها علم النفس التجريبى بعمق فى تطور المهنة، أكثر مما أثر فى مجالات أخرى مثل علم النفس الاجتماعى، وهو الأمر الذي ربما يكون قد أدى إلى نوع مختلف من علماء النفس الأكلينيكيين (ibid. : 130).

وحقيقة الأمر هى أن أغلبية المتدربين يدخلون التدريب فى علم النفس الأكلينيكى ، ويخرجون مزودين بدافعية للعمل مع المرضى الأفراد، ويحصلون على الدعم بوصفهم أخصائيين أكلينيكين من خلال القيام بمثل هذا العمل. و على الرغم من ذلك، فإن المأزق هو الآتى : ما أن تتأسس الخبرة الأكلينيكية، حتى يصبح من الواضح أنه من غير الممكن الوصول إلى العدد من العملاء ، الذين يمكن أن يستفيدوا من العلاج الفردى. وكما تبين هوكس (1981) Hawks فإن الممارسين الأفراد يستجيبون أما بالإنكار أو بالإفراط فى التبسيط، أو الهرب من المهنة. ويعني التفوق الشديد لنموذج العمل الفردى، أنه من المحتم أن اشكال العلاج الأخرى تبدو بمثابة الاختيار الثانى؛ فإذا لم يتمكن المرء من شفاء المريض، فعليه أن يتحكم فى أعراضه أو سلوكه، أو يحسن من مستوى حياته. ويفحص جون هول John Hall فى مقدمة مقاله نحو علم نفس للرعاية ، (Hall, 1990) الأسباب التى تجعل لماذا يتعين على علماء النفس أن يطوروا اتجاهات نفسية للرعاية. ويحدد عدداً من العوامل ، فعلى سبيل المثال قد لا ينجح العلاج الإيجابى أو التدخل، وهو الأمر الذى يمثل انشغالاً قد لا يكون ملائما مع العلاج ، والبديل المقترح لذلك نموذج تحسينى أو تأهيلى يركز على خفض اثار الأعراض بدلا من محاولة علاجها مباشرة (Miller et al. 1987)

وعلى الرغم من ذلك، فالنماذج المتكاملة، والتى يمكن أن تجمع بين الظاهرة النفسية الداخلية لدى الفرد مع نظامه الاجتماعى مازالت فى مراحلها الأولى. وتميل قابليتها للتطبيق مع العملاء الراشدين، على وجه الخصوص، لأن تكون إما عندما يفشل كل شئ آخر، أو بطريقة مجزئة. وهذا صحيح على وجه الخصوص ، إذا ما وضع المرء فى اعتباره الطريقة التى ينظر بها إلى العمل فى العلاج الأسرى/النظامى: وهو محور التدخل فى خدمات الطفولة، وفى العمل مع الراشدين المسنين، وفى التأهيل ، وحيث يكون لها دور واضح. وعادة ما تكون غير معتادة فى العمل النفسى مع الراشدين الأسوياء ، وهناك ميل لاستخدامها مع العملاء ممن يبدو أن العمل الفردى معهم لا يحتمل أن يكون فعالاً ، أو مع الذين يكون قد فشل معهم.

ويبدو من غير المحتمل أن تحل الصراعات والمآزق التى سبق تحديدها ، مالم تُتحدى فكرة تفوق العمل مع العميل الفرد، لأعلى مستوى الممارس فقط – والذى يعترف تمامًا أنها غير ممكنة – بل على المستوى النظرى أيضًا، وبهذا يكون لدى الأخصائيون النفسيون الذين يعملون فى مجال الراشدين بديل مُرض يساعدهم على إصدار أحكام عقلانية حول أكثر الأساليب ملاءمة لتقديم الخدمة.

وبالنظر فى الافكار التى قدمت فى السياقات المختلفة، يمكن تبين أن هناك خطوطًا مشتركة. ويكتب بيرى Parry (199، نقلاً عن، بيلجرم وتريشر : أن قوتنا التى يتعين أن نمارسها، هى اننا مميزين،لأننا نقوم بدمج معلومات تخص مجموعه كبيرة من العملاء، بمعلومات حول المهارات الأكلينيكية،

(1) Empiricism.

مع معلومات حول النظريات النفسية، بينما قد يكون المهنيون الآخرون ماهرين فى واحد فقط من مثل هذه المجالات الثلاثة. ولكن الأخصائيين الأكلينيكيين وحدهم هم القادرون على دمج الثلاثة معًا (Pilgrim and Treacher, 1992 : 159) وتذكر نشرة قسم علم النفس الأكلينيكى فى جمعية علم النفس البريطانية المعنونة الهدف المحورى وفلسفة المهنة الآتى :

هناك ما يغرى فى ذلك المجال الواسع من النظريات والمناحى التى تعكس الطبيعة متعددة الابعاد للخبرة الإنسانية والتأثيرات عليها؛ فهى تتضمن على سبيل المثال المعرفة النفسية بطريقة تفاعل العوامل البيولوجية والعلاقات والجماعات، والمنظمات والمجتمع ، والتى قد تسبب القلق أو تعزز الرضا الشخصى (BPS.DCP, 1992) ، ويبدو أن وصفهم لمجال العمل يشير إلى ضرورة أن تكون هناك مجموعة محدودة من العملاء ، الذين يطلبون تدخلاً تفصيليًا ومتعمقًا من أخصائى نفسى أكلينيكى ، بينما يطلب الآخرون أخصائيًا نفسيًا للتخطيط ومساندة الآخرين فى استخدام الأساليب النفسية.

و لتلخيص ذلك، يبدو أنه لكى يكون أداءك فعالاً ومتسماً بالكفاءة فى مجال الخدمات الصحية فى التسعينيات – والأهم من ذلك حقيقة – أن يكون لديهم إحساس بالفخر والرضا بمعانى وقيم ، يتعين على الأخصائيين النفسيين الذين يعملون فى تخصص الراشدين أن يعكسوا أولوياتهم ، بدلاً من المحافظة على جوهر هويتهم كأخصائيين أكلينيكيين يعملون مع العميل الفرد ، ثم ينتقلون بعيدا عن هذا النموذج فى مواجهة واقعية إلى مكان العمل. هم فى حاجة لبدء العمل مع النموذج الجمعى – كما أن جوهر مهارتهم وهويتهم هى ، من خلال سعة معلوماتهم النظرية، وتطبيقات علم النفس وعلى أساس هذا النموذج يمكنهم أن يحددوا هذه المجموعات المعينة من العملاء التى تحتاج من الأخصائى النفسى الأكلينيكى اهتمامًا فرديا لتسكين كدرهم وإعاقاتهم.

ولمثل هذا التحول فى الاتجاه دلالته المهمة على كل من التدريب والمهارات الأكلينيكية، والمفاهيم الأكلينيكية المتعلقة ببرامج الدراسة المطلوبة لدعم مثل هذا العمل. ويمكن التساؤل هنا، كما فعل تقرير تنظيم الخدمات الاستشارية، حول ما إذا كان المرء يستطيع تدريب الأخصائيين النفسيين مباشرة على المستوى الثالث من العمل، أم أن ذلك يأتى من خلال التقدم مباشرة فى الأدوار الأكلينيكية. ويجب، على الرغم من ذلك، تكييف التدريب فى الاتجاه نحو زيادة التأكيد على المبادئ الأولية، والنظرية التى يقوم عليها التدريب الأكلينيكى. وستكون هناك حاجة لتوجيه قدر أكبر من التركيز على المنهج ، أو على تطبيق مثل هذه المبادئ. ويجب أن يركز التدريب الأكلينيكى بقدر أقل على مهارات واحد – إلى – واحد، وأن يوازن بينها وبين التدريب على العمل مع المجموعات. كما يجب أن يحظى العمل النظامى والعمل مع الأسرة، والتدريس والتدريب على المهارات بقدر أكبر من الأهمية.

ووفق أكثر من وجهة نظر. فإن ما سبق وصفه هو بمثابة مجرد تحول فى المنظور ويتعين الشروع فى تأسيسه؛ وعلى الرغم من ذلك، فسيفحص القسم التالى الحدود المحتملة لمثل هذا التحول، وينظر فى أى المناهج هى المتاحة للمساعدة فى اختيار الاولويات.

الأخلاقيات والقيم - الحاجة للمراجعة والتوسع.

المواثيق الأخلاقية

أحد الابعاد المحورية لأى مهنة ، هو أنها تضع معاييرها الخاصة بالسلوك المهنى وتراقبها؛ وبالنسبة لأغلب المهن يتلخص ذلك فى صورة ميثاق أخلاقى(١)، أو معايير للسلوك(٢)، يمكن استخدامه بغرض التعامل مع السلوك الذى يتنافى مع المهنة، أو الممارسات غير السليمة، سواء فى صلتها المباشرة بالعاملين فى المهنة أو غير المباشرة. وقد وضعت الجمعية البريطانية لعلم النفس ميثاقاً للسلوك للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين ، كجزء من العقد الملكى (٣) ، يستخدم فيما يتعلق بالإجراءات التنظيمية.

ويتفق ميثاق السلوك للأخصائيين النفسيين مع أغلب المواثيق والمؤشرات المشابهة ، فى تركيزه أساسًا على علاقات الأخصائى النفسى الأكلينيكى ، وسلوكه مع العميل الفرد، متعاملاً فى ذلك مع قضايا الثقة والرضا وغيرها.

وتستمد أسس هذه المواثيق - كما ذُكر فى المقدمة - من التقاليد الخاصة بالمهن المبكرة ، التى تعمل مستقلة، وبالتالى تكون علاقة المهنى مع العميل مباشرة؛ ويستطيع العميل، بوصفه شخصاً حراً، أن يلجأ إلى أى مهنى يختاره؛ وقد صممت المواثيق لحماية العملاء ، بمجرد طلبهم للخدمة المهنية ، من الاستغلال أو سوء التصرف فى أمورهم ، وتلاقى مثل هذه المواثيق الترحيب، ومازالت تشكل أساس العمل مع كل عميل ، وهى ترسم المؤشرات ، التى يتعين أن يستخدمها المهنيون فى أحكامهم الأكلينيكية ؛ بهدف تخطيط العلاج السليم للعميل الفرد. وأساس العمل مع العميل هو الإخلاص له، وتوثق المؤشرات الأخلاقية ذلك ، ومن واجب الأخصائيين النفسيين أن يقدموا أفضل خدمة ممكنة للعميل (الواجبات نحو المستفيد Hare,1991) . و على الرغم من ذلك هناك حاجة للتساؤل حول : من العميل؟ هل هم أولئك الناس الذين يُقابلون ويعالجون؟، أم هم أيضًا أولئك الناس الذين يجب أن يحالوا إلى الأخصائى الاكلينيكى؟ أو يجب ألا يحالوا؟ بناءً على قرار من الطبيب النفسى مثلاً ، أم أن الأمر أوسع من ذلك بحيث يشمل أولئك الأشخاص فى الجمهور العام ، الذين قد يستفيدون بطريقة ما مباشرة أو غير مباشرة من عمل الأخصائى النفسى الأكلينيكى؟. وجوهر ما يقال هو أن الأخصائيين النفسيين بالمشاركة مع الكثير من أصحاب المهن الأخرى يحتاجون للاعتراف أنهم دائمًا ما يتخذون قرارات غير معلنة ، تتعلق بتوزيع الموارد من خلال حياتهم اليومية؛ و على الرغم من ذلك، فإنه يحدث بصورة ضمنية وحدسية، وبالتالى فلا يمكن تحديده كلية فى حد ذاته. ويقررنيومان وهوارد Newman and Howard (1986) أن أكثر الخرافات المسيطرة فى المجتمع الاكلينيكى هى أن التكلفة هى أساس العمل ، وليس الانشغال الاكلينيكى، ويرى هام Ham (1993) ذلك باعتباره سمة فى الكثير من المهن فى مجال الخدمات الصحية ، على الرغم من تركيزه أساسًا على مهنة الطب ؛ من حيث دورها الرئيسى فى استخدام الموارد فى ميدان الخدمات الصحية. وقد أصبح الأطباء خلال الثمانينيات والتسعينيات تحت ضغط متزايد للمشاركة فى توزيع الموارد الرسمية ، من خلال وضعهم فى مناصب مثل المديرين الأكلينيكين وقد تقمص بعضهم هذه الأدوار الجديدة بحماس، وشعر بعضهم أن ذلك بمثابة خيانة أساسية للدور الأكلينيكى ، ولدورهم فى الدفاع عن مصالح عملائهم ، دون أن تعوقهم الإشارة إلى الموارد المتاحة.

(1) Ethical code.
(2) Code of conduct.
(3) Royal chart.

ويرى ريتشارد هار Richard Hare (1991) فى ملخص مفيد للأسس الفلسفية للمعايير الأخلاقية فى صلتها بالطب النفسى، أنه لا يوجد عدم توافق بين المنحيين، وهو يفرق بين الاراء المطلقة والآراء العملية؛ فالاعتبارات المطلقة تميل لرؤية الأمور بمفاهيم مطلقة مركزة على الحقوق والواجبات ؛ والتى ينظر اليها على أنها لا تتبدل ولا تقبل الحلول الوسط.، والموقف العملى هو موقف ، يمكن اتخاذ القرارات فيه على أساس أفضل المصالح لأولئك ، الذين يتأثرون بهذه القرارات.

ويستحق المريض الذى يتلقى علاجه اهتمامًا خاصًا بمقتضى الالتزام المطلق نحوه ، وقد يجد الأخصائى الأكلينيكى صعوبة فى عدم تقديم العلاج الفعال ، الذى يحتاجه المريض بالفعل، وقد يستفيد به، أو أن يقدمه له بقدر محدود. والمنحي العملى قد يكون مهتمًا بأفضل المصالح لكل من هذا العميل والعملاء الآخرين المحتملين ، الذين قد يستفيدون أيضًا من العلاج ويوازن بينهما لاتخاذ قرار نهائى. والمحور الأساسى فى القرارات اليومية الاخلاقية ، التى يتخذها الأخصائى الأكلينيكى ، فى ضوء مبادئه وواجباته ذات الأولية ، تدخل فى نطاق المستوى الإطلاقى الحدسى ، ولهذا المستوى تطبيقاته العظيمة فى تيسير العمل الذى يتعين القيام به، والمنحى العملى مطلوب عندما يكون هناك صراع (حول كيفية التصرف فى قائمة انتظار على سبيل المثال) أو عندما تكون الأحكام الحدسية ذاتها هى التى تقيم (أثناء إجراءات الفحص الأكلينيكى لتقرير أفضل العلاجات ، وأكثرها تأثيراً وفعالية على سبيل المثال). ويتطلب الأمر عمل ومهارات إضافية حتى يمكن الدمج بين مثل هذه القضايا فى الممارسة النفسية. وقد تحقق بعض من هذا العمل من خلال المبادرات الكيفية ، التى تطورت على امتداد البلاد. وقد أدى توضيح محكات الإحالة، وتطوير معايير الجودة، وتكوين نظم معلومات فعالة إلى إرساء أسس المراجعة الأكلينيكية. ويستلزم كل هذا العمل صياغة القيم الأساسية ومعايير العمل النفسى، ووجود بيانات واضحة حول أولويات الخدمة، ومجال الخدمات التى تقدم. وتظل هذه الإجراءات متاحة لإمكانات المراقبة الداخلية والخارجية . ومن الأمور المهمة بالنسبة للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين – على وجه الخصوص، أن تُعرف خدماتهم جيداً، بشكل كفء وفعال، وتكلفتها المناسبة. وقد سبق الإشارة إلى ذلك جزئياً فى البداية ؛ لأن هناك غموضًا وتداخلاً بين مهارات الأخصائى النفسى الأكلينيكى ، وبقية من يقومون باجراءات علاجية مشابهة. وربما يكون لهذا الأمر أولويه مطلقه ، طالما تحسب الكلفة بعناية أكبر. فقد يبدو الأخصائى النفسى الأكلينيكى مكُلِفاً بصورة متطرفة، مقارنة بالجماعات الأخرى، ومن المهم بالنسبة للمهنة توضيح أن خدماتها ليست مكلفة للغاية بوصفها خدمة عالية الجودة ، توازى ما ينفق فيها من مال.

وقد تم عمل جوهرى فى مجال نظم المعلومات، والتكلفة، والفحص الأكلينيكى لدى الإخصائيين النفسيين الأكلينيكيين. وقد أدمجت الجوانب الثلاثة جميعها معًا حتى مدى معين، فقد جمعت المعلومات لتحديد التكلفة ولتسهيل الفحص الدقيق للجوانب الكيفية من الخدمة، وهى الامور التي تكون جزءاً من قيمة النقود ..

نظم المعلومات

مازالت إحصاءات كورنر Körner تشكل أغلب المعلومات ، التى تم جمعها حول عمل الأخصائى النفسى الأكلينيكى، والتى تستكمل دوريًا من خلال المسوح المحلية. وأساسا، كان لهذه الإحصاءات هدفان: جمع معلومات حول النفقات، والسماح بتطوير مؤشرات الاداء (Pilling, 1991) . ولنظام كورنر للاخصائيين النفسيين الأكلينيكين جانبان : الجمع الروتينى للبيانات المتعلقة بالاتصال المباشر بالعميل بالنسبة للمرضى المسجلين، ومسح النشاط السنوى. مع مسح للنشاط المهنى. وقد وجه النقد للمقاييس

المستخدمة فى هذا النظام بوصفها غير دقيقة وفجة، غير أنه يبدو أن هناك احتمالاً أنها ستظل بمثابة الأساس للمعلومات على مدى المستقبل القصير على الأقل، حتى مع وجود قدر أكبر من المرونة على المستوى المحلى.

ولسوء الحظ، فقد تعرضت المقاييس المستخدمة فى هذا النظام إلى تحليل شديد الفجاجة على المستوى الأقليمى. وتقيس نماذج كورنر اليومية الإحالات الجديدة، والاتصالات المباشرة مع العميل، والتى يعرف الأخصائيون النفسيون أنها جانب واحد من جوانب العمل مع العميل، متجاهله بذلك كل مجالات الخدمات المهنية الأخرى.

وقد تقوم المناطق بتقسيم إجمالى لتكلفة الخدمة الشاملة (دون حساب بقية الأنشطة)، ومن خلال عدد الحالات الجديدة فى العام (دون حساب التداخل بين العمل مع عميل على مدى قصير وآخر على مدى طويل. إلخ) ، والذى يسهل حساب الخدمات النفسية الأكلينيكية ، بوصفها مكلفة (Kat, 1993)

ويصف بيلنج وزملاؤه Pilling et al. (1990) نظاماً معلوماتياً لقياس حجم العمل ، يعتمد على الحد الأدنى من مجموعة بيانات كورنر، طور أساساً للسماح بتقديرات صحيحة للخدمات، كما يسمح أيضًا بمقارنة الأنشطة بين الإدارات وداخلها ، أى بين الأخصائيين داخل الإدارة الواحدة على سبيل المثال. والخصائص الرئيسية فى هذا النظام ، هى أنه : أولا، يغطى كل مجالات النشاط التى يعمل فيها الأخصائيون النفسيون ، بما فى ذلك العمل غير المباشر مع العميل ، والتخطيط للخدمات وادارتها ، والتعليم والإشراف ، والبحث والتطوير. ثانياً وضعت طرق لقياس الأنشطة الإدارية. ثالثًا تم بذل جهد جوهرى لتطوير تعريفات ثابتة وصادقة لكل هذه المقاييس، وبهذا يكون النظام قوياً بالقدر الكافى ، ليعمل فى مجال واسع من المواقف.

وقد طور هذا النظام أساسًا، كما سبق الإشارة، لإستحداث طريقة لتحديد تكلفة وحدات علم النفس. ويصف كات Kat (1993) مثالا لاستخدام النظام ، يوفر حساب التكلفة الصحيحة للعقود القائمة مع مشترى الخدمة ، ويحدد هذا المثال خمسة أنواع من الخدمات : العمل المباشر مع العميل، الاستشارات والعمل مع الفريق ومع مقدمى الرعاية فى مشروع، التدريس، التدريب والإشراف على غير الأخصائيين النفسيين، والاستشارات التنظيمية والبحوث.

ويمكن عد بقية الأنشطة باعتبارها أنشطة مساندة أو إدارية . كالسفر أو تدريب الأخصائيين على سبيل المثال ، والذى يوزع على الفئات الخمسة بنسبة مقدار الوقت الذى أنفق فى كل منها. ويسمح هذا النظام بإنشاء نوعين من وحدات التكلفة – التكلفة لكل مريض عن العمل المباشر مع العميل، والتكلفة لكل وحده زمنية (عن الساعة أو الجلسة) بالنسبة للفئات، والتكلفة لكل وحدة زمنيه (عن الساعة أو عن الجلسة)، بالنسبة للفئات الأربعة الأخرى ، ويمكن على الفور إدراك قيمة هذا المنحي من حيث تمكينه للمشترين أن يختاروا بين خدمة ذات توجه أولى نحو العمل مباشرة مع العميل، والخدمة التى تغطى مجالاً واسعًا من الأنشطة غير المباشرة.

تقييم الأداء الأكلينيكى

يرتبط هذا التقييم بكل وضوح بالتحليل السابق، فتقييم الأداء الأكلينيكى جزء من عمليات تأكيد الجودة ، والتى رسخت الآن فى خدمات الصحة الوطنية فى المملكة المتحدة كوسيلة لتعزيز خدمات العملاء. ويتعلق تقييم الأداء الاكلينيكى بجودة الخدمات ، التى يقدمها الأخصائيون الأكلينيكيون، وهو

يغطى مجالين هما : كفاءة الخدمة واقتصادياتها، والقيمة النقدية لمكونات الخدمة. وهو يحاول التوجه إلى الجوانب البعيدة الأكثر تعقداً للكفاءة : هل تُؤَدِى الخدمة حقيقة ما تدعى أنها تؤديه، أى هل الخدمة العلاجية فعالة فى خفض الكدر وتعزيز رفاهية عملائها ويتضمن إطار تقييم الاداء الأكلينيكى الذى اقترحته الإدارة الصحية لأربعة مهن علاجية ، بما فيها علم النفس الأكلينيكى أربعة أقسام ، بكل قسم منها أقسام فرعية (Berger, 1991) ، وتشمل هذه الأقسام الآتى :

– تقييم التدخلات المباشرة، والتى تغطى قضايا ، مثل : معايير التقييم، المعايير المهنية للتدخل، مراقبة النتائج وتحليل الفشل.

– فريق العمل، استخدام توصيف ملائم للوظائف، مراجعة الاداء، التوزيع الملائم لأفراد الفريق.

– الإدارة والخدمة، والتى تغطى مدى ملاءمة التسهيلات والأجهزة، والمعلومات المتعلقة بالخدمة، عدالة الوصول إلى الخدمة، و معايير الإحالات، فترة الانتظار، و إمساك السجلات. ويتضمن هذا القسم أيضاً الحاجة لمراقبة الاحتياجات ، التى لم تستوف للمجموع الكلى للعملاء.

– تقييم التدخلات غير المباشرة، والتى تتضمن وضع المعايير المهنية والكفاءة ومراقبة النتائج.

ويبدو على الرغم من ذلك أن هناك أساليب رسمية أكثر يتعين تطويرها ، بحيث يمكن تطبيقها مباشرة على الحاجة لتوفير ظروف ، تكون الخبرة الأكلينيكية المعينة فيها مناسبة على وجه الخصوص، وتسمح لكل من الأخصائيين النفسيين ومشترىٍ الخدمة بالاختيار بين عدة بدائل ، من خلال استخدام محكات منطقية ومعلومات موضوعية.

والمناحى الثلاثة التى يبدو من خلال المنظور المختلف الخاص بكل منها أنها تقدم بعض المساعدة فى مثل هذه المهام متاحة. و على الرغم من وجود تداخل واضح بينها، فسيتم الإشارة إليها منفصلة، ويبدو أن كل منحًا منها فى بداية المبكرة نسبيا فى هذه البلاد، بالنسبة لخدمات الصحة العقلية على وجه الخصوص.

١ – هناك تزايدا عام فى الاهتمام بتقييم الأساليب ، التى تربط البحوث مباشرة بالتحسن فى الرعاية الصحية العقلية، وكما تتلخص فى البحوث الحدثيه مثل ميلن Milne (1987) وبارى وواتس Parry and Watts (1989) ويقدم بارى Parry (1992) منهجية خاصة للربط بين بحوث العلاج النفسى ، وتقييم الاجراءات التى يبدو أنها متعلقة وقابلة للتطبيق على نطاق واسع ، ويتناول بارى الأبعاد الستة التى يمكن من خلالها تقدير كفاءة الخدمة (Maxwell, 1984) ، وهى : التعلق/الملاءمة ، العدالة، الوصول إلى الخدمة، والتقبل، والفعالية، والكفاءة. و هو يقوم بمراجعة التراث المتعلق بكل مجال من هذه المجالات. وقدمت هذه الممارسة تفصيلاً وتدعيماً لنوع القرارات الحدسية ، التى يصدرها الأخصائيون النفسيون ، عند تخطيط علاج على سبيل المثال، أو عند تحديد نوع العميل الذى يتلاءم معه تدخل علاجى معين، وعند البدء فى إيضاح الظروف ، التى يمكن أن يكون فيها علاج أكثر تخصصاً هو الملائم، مثال ذلك بالنسبة للمشكلات الأكثر حدة ، تكون العلاجات التحليلية النفسية فيها أكثر كلفة من أى علاجات أخرى (والعكس بالنسبة للمشكلات الأقل حدة).

ويقدم المقال عدداً من الأسئلة التى لايمكن تجنبها، ويقدم عدداً من المؤشرات المتعلقة بالفحوص المستقبلية، على الرغم من احتمال أن تكون محاولة القيام ببحث حول متطلبات التقييم ، الاكلينكي هى مما يقبل التطبيق فى مجالات أخرى أيضاً.

٢ – هناك البحوث التى تمت فى مجال اقتصاديات الصحة، وحيث اتجه التركيز إلى المقارنة بين تكاليف العلاج والعوامل الأخرى، مثل : الكفاءة والفعالية والفوائد التى تعود على العميل (Drummond, 1986; McGuire et al., 1988; Department of Health, 1992a) ، وهناك عدد من المشكلات فى تطبيق هذه الأساليب بالنسبة لأى موقف، ويرجع بعضها إلى المقاييس المستخدمة، مثال ذلك أن طرق تقييم تحديات الحياة، وجودة الفترة الباقية من العمر، تكون موضوعاً للتساؤل ، سواء فيما يخص فروضها أو ما يتعلق بالمنافع الحقيقة لتقييمها. وكيف يمكن القيام بتقديرها (moore, 1990). و على الرغم من إمكان إثارة التساؤلات حول المقاييس والمنهجية، فاستخدام هذه الإجراءات فى حد ذاته مفيد من جوانب متعددة، من حيث إنها تكشف للعيان الافتراضات المضمرة والقيم ،التى يعمل الناس بمقتضاها وما أن تصبح مكشوفة حتى يصبح فى الامكان مراجعتها.

ومن التطبيقات المفيدة لهذا المنحى فيما يتعلق بخدمات علم النفس الأكلينيكى ما عرضه روبسون وزملاؤه Robson et al. (1984) ، الذين تبينوا إمكان خفض فاتورة العقاقير النفسية جوهريا فى الممارسة العامة ، من خلال السماح للأخصائى النفسى الأكلينيكى بالمشاركة فى الموقف. وقد أوضح ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1987) أيضا أن قيمة العلاج الأسرى تعد أقل كلفة بكثير من العلاج الفردى لمرضى الفصام.

ويستطيع المرء أن يرى بوضوح تطبيقات هذا المنحى ، من حيث سماحها بإيجاد حلول للأخصائى النفسى للمأزق الخاص بالعمل فى مجال الصحة العقلية للراشدين، الذى يتعلق بكيفية توضيح أن الخبرة المتخصصة والمكلفة للأخصائى النفسى الاكلينيكى أكثر فعالية ، مما يقدمه بقية المعالجين الأخرين، وفى أى موقف يكون ذلك.

٣ – ينبع المنحى الثالث من العمل فى سيكلوجية حل المشكلات واتخاذ القرار، والاستدلال، والذى طبق فى الاستدلال الأكلينيكى (Elstein and Bordage, 1991; chase, 1993). وقد طبقت هذه البحوث بداية فى السياق الطبى، إلا أن لها علاقة واضحة بمجال الصحة العقلية. ويسمح استخدام نماذج معالجة المعلومات بوصف عمليات الاستدلال ، من خلال تحليل الأفكار والخطوات التى تتخذ لحل المشكلات الأكلينيكية، ويربط ذلك بين العمليات والعناصر والمبادئ النفسية. ويمكن أن يؤدى فهم مثل هذه الأساليب إلى مساعدة الأخصائيين الأكلينيكيين على تحديد الأخطاء ، التى يقعون فيها خلال استدلالاتهم بتأثير خصائص ، مثل : الحد من العقلانية : وسوء تفسير المؤشرات، والتحيزات ألتى تبدو فى الفروض المبكرة، والإفراط فى التأكيد على النتائج الإيجابية وغيرها.

وبينما قد يقتصر ذلك على أشياء أخرى لا تتعلق بالممارسات الأكلينيكية اليومية، إلا أن المرء يستطيع أن يتبين قيمتها بوصفها ممارسة لتحديد الأخطاء والمساعدة على عمليات تفكير أكثر موضوعية. ولنأخذ مثالاً محدداً، سيكون من الرائع تتبع أخطاء الاستدلال التى قد يقع فيها الأخصائى الأكلينيكى عندما يتعامل مع عميل من أقلية عرقية، وتحديد الطريقة المعينة التى يحدث بها التمييز خلال العمليات الأكلينيكية.

وقد هدف هذا القسم لأن يقدم باختصار بعض التطورات المنهجية ، التى تفتح الطريق أمام إمكانات الأخصائيين النفسيين الأكلينيكين بقدر كبير من العمق، وبقدر كبير من التحدد فى العمليات ، التى يستخدمونها خلال ممارساتهم الأكلينيكية. وسيكون ذلك مفيداً فى تقييم التعريف الخاص بالخبرات، التى يتميز بها الأخصائيون النفسيون فى مجال الخدمات الصحية، والتى تساعدهم بالتالى على توضيح

المكونات النوعية لعملهم، وبالتالى القيام باختيارات منطقية لتوفير الخدمة، تقوم على محكات أكثر موضوعية تتعلق بالجمهور العام.

خلاصة

بدأ هذا الفصل بتعريف للمهنة فى حد ذاتها ، وانتهى لا بتعريف بمعنى تعريف، بل بتحول فى التأكيدات من الاستبطان والمراقبة الذاتية إلى علم نفس أكلينيكى ، فى سياق تنظيمى ، يتحمل مطالب متزايدة. وقد قدمت خطوط عريضة لعدد من المجالات ، التى تتطلب الاستكشاف فى المستوى المفهومى، وعدد من المهارات والمناهج ، التى تحتاج المهنة ، إلى تبينها؛ لكى تواجه التسعينيات وما بعدها بثقة وباحساس واضح بالهوية داخلياً، وفى صورتها أمام العالم الخارجى معاً.

References

Alladin, W. (1986) 'Ethnic minorities and clinical psychology: an inside view of clinical psychology', *Clinical Psychology Forum* 5: 28–31.

Barkham, M. and Shapiro, M. (1989) 'Towards resolving the problem of waiting-lists: psychotherapy in two-plus-one sessions', *Clinical Psychology Forum* 23: 15–18

Bender, M. (1976) *Community Psychology*, London: Methuen.

Bennet, P. and Wright, S. (1992) 'Health psychology: discipline or profession?' *Clinical Psychology Forum* 40: 39–40

Berger, M. (1991) 'A framework for audit in clinical psychology', *Clinical Psychology Forum* 35: 42–4.

BPS (1992) *Response to 'The Health of the Nation'*, Leicester: BPS.

BPS/DCP (1992) *Core Purpose and Philosophy of the Profession*, Leicester: BPS/DCP.

Cahill, C., Llewelyn, S. P. and Pearson, C. (1991) 'Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 1–12

Chase, J. (1993) 'Clinical decision making', in Powell *et al.* (1993) *Curriculum in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/DCP.

Clinical Psychology Forum 22 (1989).

Department of Health (1989) *Education and Training: Working Paper 10, Cmnd 555*, London: Department of Health.

Department of Health (1990) *Manpower Planning Advisory Group: Clinical Psychology Project. Full Report*, London: Department of Health.

Department of Health (1992a) *Assessing the Effects of Health Technologies. Principles, Practice, Proposals*', London: Department of Health.

Department of Health (1992b) 'The extension of the hospital and community health services elements of the GP fundholding scheme from 1 April 1993 – Supplementary guidance', *HSG* (92): 53, London: Department of Health.

Department of Health (1992c) *The Health of the Nation*, London: Department of Health.

Division News (1993) 'Report on D.C.P. survey of waiting list times in N.H.S clinical psychology services: 1992', *Clinical Psychology Forum* 53: 39–42.

Drummond, M. F. (1986) *Principles of Economic Appraisal in Healthcare*, New York: Oxford University Press.

Dyer, A. (1991) 'Psychiatry as a profession', in S. Bloch and P. Chodoff (eds) *Psychiatric Ethics, 2nd edn*, New York: Oxford University Press.

Elstein, A. S. and Bordage, G. (1991) 'Psychology of clinical reasoning', in J. Dowie and A. Elstein (eds) *Professional Judgement: A Reader in Clinical Decision Making*, Cambridge: Cambridge University Press.

Goodwin, A. and Power, R. (1986) 'Clinical psychology services for minority ethnic groups', *Clinical Psychology Forum* 5: 24–8

Hall, J. (1990) 'Towards a psychology of caring', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 129–44.

Ham, C. (1993) *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the N.H.S., 2nd edn*, Hong Kong: Macmillan.

Hare, R. (1991) 'The philosophical basis of psychiatric ethics', in S. Block and P. Chodoff (eds) *Psychiatric Ethics, 2nd edn*, New York: Oxford University Press.

Hawks, D. (1981) 'The dilemma of clinical practice – surviving as a clinical psychologist', in I. McPherson and A. Sutton (eds) *Reconstructing Psychological Practice* London: Croom Hall.

Ho, D. Y. F. (1985) 'Cultural values and professional issues in clinical psychology', *American Psychologist* 40: 1212–18.

Kat, B. (1991) *Models of Service in Clinical Psychology*, Leicester: BPS.
Kat, B. (1993) *GP Fundholding: News, and the Next Steps*, Leicester: BPS/DCP.
Klein, R. (1983) *The Politics of the National Health Service*, New York: Longman.
Liberman, R. P., Cardin, V., McGill, C.W., Falloon, I. and Evans C.D. (1987) 'Behavioural family management of schizophrenia: clinical outcome and costs', *Psychiatric Annals* 17: 610–19.
Littlewood, R. (1990) 'From categories to contexts: a decade of the "new cross-culture psychiatry"', *British Journal of Psychiatry* 156: 308–27.
McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (1988) *The Economics of Health Care – An Introductory Text*, New York: Routledge & Kegan Paul.
McPherson, I. and Sutton, A. (1981) *Reconstructing Psychological Practice*, London: Croom Helm.
Management Advisory Services (1989) *National Review of Clinical Psychology Services*, Cheltenham: M.A.S.
Manpower Planning and Advisory Group (1990) *Clinical Psychology Report*, London: Department of Health.
Maxwell, R. J. (1984) 'Quality assessment in health', *British Medical Journal* 288: 1470–2.
Miller, D. and Brown, B. (1988) 'Developing the role of clinical psychology in the context of AIDS', *The Psychologist* 2: 63–5.
Miller, E., Morley, S. and Shepherd, G. (1987) 'The trouble with treatment', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 241–2.
Milne, D. (ed.) (1987) *Evaluating Mental Health Practice: Methods and Applications*, London: Croom Helm.
Moore, D. (1990) 'The limits of health care', in D. Evans (ed.) *Why Should We Care. Professional Studies in Health Care Ethics*, Hong Kong: Macmillan.
Newman, F. and Howard, K. (1986) 'Therapeutic effort, treatment outcome and national health policy', *American Psychologist* 41: 181–7.
Noon, J. M. and Lewis, J. R. (1992) 'Therapeutic strategies and outcomes: perspectives from different cultures', *British Journal of Medical Psychology* 65: 107–18.
Norcross, J., Brust, A. and Dryden, W. (1992) 'British clinical psychologists: I. A national survey of the BPS Clinical Division', *Clinical Psychology Forum* 40: 19–24
Parry, G. (1992) 'Improving psychotherapy services: applications of research, audit and evaluation', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 3–20.
Parry, G. and Watts, F. (1989) *Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods*, Hove and London: Laurence Erlbaum Associates.
Pilgrim, D. and Treacher, A. (1992) *Clinical Psychology Observed*, London: Routledge.
Pilling, S. (1991) 'Monitoring clinical activity: the workload measurement system', in M. Berger (ed.) *Aspects of Audit: Collecting and Using Clinical Information, Association for Child Psychology and Psychiatry: Occasional Papers* 4: 10–15.
Pilling, S., Spencer, C. and Oddy, M. (1990) 'Workload measurement systems for clinical psychology', Paper prepared for the Service Development Sub-Committee of the British Psychological Society.
Powell, G., Young, R. and Frosch, S. (1993) *Curriculum in Clinical Psychology*, Leicester: BPS/DCP.
Rack, P. (1991) *Race, Culture and Mental Disorder*, London: Routledge.
Richardson, A. (1992) 'Training courses and working paper 10', *Clinical Psychology Forum* 41: 32–36.
Robson, M. H., France, R. and Bland, M. (1984) 'Clinical psychologists in primary care: controlled clinical and economic evaluation', *British Medical Journal* 288 1805–8.
Seager, M. and Jacobson, R. (1993) 'Two-Plus-One: Misunderstood or Incomprehensible? A Reply to Davis *et al.*', *Clinical Psychology Forum* 52: 16–22.
Toren, N. (1972) *Social Work. The Case of a Semi-Profession*, London: Sage.
Trepka, C. and Marsh, C. (1990) 'Community health teams and the role security of clinical psychologists', *Clinical Psychology Forum* 26: 20–2.

Trethowan, W. H. (1977) *The Role of Psychologists in the Health Services*, London: Department of Health.

Watts, F. N. (1990) *The Efficacy of Clinical Applications of Psychology*, Cardiff: Shadowfax Publishing.

White, J. (1992) 'How to get round the waiting list? Using the local press and public lectures to publicise stress', *Clinical Psychology Forum* 42: 6–9.

Windt, P. Y., Appleby, P. C., Battin, M. P., Francis, L. P. and Landesman, B. M. (1991) *Ethical Issues in the Professions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.